L'influence des facteurs socioculturels sur la décision d'avorter une grossesse chez les femmes de Lomé (Togo)[1]

Afiwa N'BOUKE
Département de démographie, Université de Montréal

Introduction

L'avortement à risque[2] constitue un problème majeur de santé publique, sexuelle et reproductive, et une cause importante de décès des femmes. En Afrique, on estime à environ 4,2 millions le nombre d'avortements à risque par an et à environ 38 000 le nombre de femmes qui décèdent suite à ces avortements (Hord et *al*., 2006). La majorité de ces avortements se pratique de façon illégale (Henshaw et *al*., 1999a), et peu sont effectués dans les centres de santé publics. Même dans ce dernier cas, ils sont pratiquées par du personnel souvent peu formé. Le contexte législatif, économique et socioculturel entraîne l'utilisation des méthodes d'avortement non médicales qui conduisent à leur tour à des conséquences sanitaires y compris des décès maternels. En effet, il a été souligné lors de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes de Beijing en 1995 que les expériences sexuelles précoces auxquelles les coutumes soumettent les filles, le manque d'informations et d'accès aux services de santé en matière de reproduction accroissent le risque de grossesse non désirée prématurée, et d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions (Nations Unies, 1996 paragraphe 93). L'avortement apparaît ainsi comme une réponse individuelle au contexte social, historique et culturel (Dalla Zuanna, 2002) afin d'être en règle avec les normes sociales (Amegee, 2002) sur les circonstances acceptables pour une grossesse. Il est aussi une conséquence des relations sociales (Svanemyr et *al*., 2007) car il permet d'éviter la honte liée à une sexualité ou à des grossesses non acceptées socialement. La perpétuation de cette pratique est facilitée entre autres par les faibles accès et qualité des services de contraception, les considérations socioculturelles en matière de sexualité et de contraception.

À Lomé, la principale ville du Togo, comme dans d'autres régions du pays, le mariage et la procréation demeurent des éléments de reconnaissance sociale, de respect et un devoir social (Kouwonou, 1999) surtout pour les femmes. Cependant, on constate une baisse de la fécondité des femmes à Lomé qui s'explique entre autres par le désir de limiter les naissances afin de mieux s'occuper des enfants, le recul de l'âge au mariage et la hausse de la prévalence contraceptive moderne. Toutefois, la contraception est parfois perçue comme encourageant l'infidélité ou la sexualité hors mariage chez les femmes (Silberschmidt et *al*., 2001 ; Vignikin, 2007). Mais pour plusieurs auteurs (Amegee et *al*., 2001 ; Locoh, 1993 ; Vignikin et *al*., 2004), l'avortement semble jouer un rôle dans la réduction du nombre d'enfants. Amétépé et Béguy (2004) montrent que certaines femmes utiliseraient exclusivement l'avortement comme une méthode contraceptive malgré l'existence de la loi restrictive sur l'avortement. En effet

[1] Nous remercions Solène Lardoux, Yodé Miangotar et Vissého Adjiwanou du Département de démographie de l'Université de Montréal, et Clémentine Rossier de l'INED pour leurs commentaires sur une version antérieure de ce travail.

[2] L'avortement est l'expulsion hors de l'utérus de l'embryon ou du fœtus. Dans cette communication, l'avortement renvoie à « l'avortement provoqué » qui résulte de manœuvres délibérées visant l'interruption d'une grossesse. Il s'oppose à l'avortement spontané ou « fausse couche ». L'avortement à risque ou l'avortement non médicalisé est définit comme une procédure qui met fin à une grossesse non désirée, et qui est réalisée soit par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires, soit dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales, ou les deux (d'après la définition de l'OMS, citée par AGI, octobre 2007). http://www.guttmacher.org/presentations/2007/10/10/AWWtrends.pdf

jusqu'en 2006, la loi en vigueur sur l'avortement au Togo était la loi française de 1920 qui autorisait l'avortement seulement si la vie de la femme est en danger. La loi du 16 mai 1984 sur la protection de la jeune fille punit aussi toute personne qui contribuerait à avorter une fille inscrite dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle. Mais ces lois restent inappliquées (Amegee, 2002 ; Kampatibe et *al*., 1996). En 2006, une nouvelle loi sur la santé de la reproduction a été adoptée et autorise l'avortement de grossesse issue de viol, d'inceste, mettant en danger la vie de la femme ou ayant un haut risque de maladie grave pour l'enfant. Par ailleurs, l'avortement est considéré dans la société togolaise comme un « acte criminel » (Kouwonou, 1999), mais en pratique, il serait très utilisé surtout dans les jeunes générations. Les données de l'enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué effectuée à Lomé en 2002, bien qu'elles puissent être sous-estimées, ont révélé que 39% des jeunes femmes âgées de 15-24 ans et ayant déjà été enceintes ont eu au moins un avortement (Gbétoglo et *al*., 2004). Cette prévalence est moins élevée chez les femmes de 15-49 ans puisqu'elle se situe à 33% (Amétépé et *al*., 2004). Une étude antérieure a révélé que 28% des enquêtées âgées de 15-49 ans en 2000 et résidant à Lomé ont déjà eu recours à l'avortement (Urd et *al*., 2001).

De plus, les grossesses prénuptiales se sont accrues à Lomé avec l'augmentation de la sexualité prénuptiale, le recul de l'âge au mariage et le moindre contrôle de la famille qui varie selon les ethnies. Ceci entraîne un risque élevé d'avortement chez les jeunes qui ne sont pas supposés avoir des activités sexuelles, et dont plusieurs avortements se pratiqueraient à domicile, par des tradithérapeutes/avorteuses et avec des moyens non médicaux (Gbétoglo et *al*., 2004). Bien que la principale méthode contraceptive moderne utilisée par les jeunes demeure le préservatif masculin, les adolescents et jeunes de Lomé n'ont pas souvent accès aux services de PF, de santé maternelle et infantile, ni à des informations sur la santé reproductive et sexuelle (Amegee, 2002). Le centre de la jeunesse ATBEF (Association Togolaise pour le Bien-Être Familial) de Lomé, créé en 1998, offre à cet effet aux jeunes un espace d'activités instructives, un lieu clinique leurs permettant de faire des tests de grossesses et de détection des IST, d'avoir des conseils en santé reproductive, des produits de PF et quelques soins généraux (Speizer et *al*., 2004). Mais ce centre ne couvre pas l'ensemble des besoins des jeunes.

Même si des études ont souvent porté sur la prise de décision et le contexte socioculturel des avortements, ou sur l'influence des facteurs socio-économiques et démographiques sur les avortements, peu d'études ont évalué cela dans le contexte de Lomé. De plus, nous considérons la situation des femmes au moment des grossesses, car les raisons pour lesquelles les femmes ont recours à l'avortement sont liées au moment où la grossesse intervient, aux caractéristiques de la femme et de son partenaire, au contexte sanitaire, à la législation et à la pression sociale reliée à l'avortement et aux grossesses « honteuses » (grossesses non désirées, hors-mariage, prénuptiales ou rapprochées). Grâce aux données de l'enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé collectées en 2002, cette communication évalue dans le contexte de Lomé, l'influence des facteurs socioculturels sur la décision d'avorter une grossesse. Dans cette étude, les facteurs socioculturels renvoient à l'ethnie, la religion, la cohorte, le statut matrimonial, le nombre d'enfants ou l'utilisation de la contraception …, autrement dit ils renvoient aux positions sociales et religieuses en matière de sexualité de certaines femmes, de grossesses non désirées, de contraception ou d'avortement. L'étude précise en outre l'implication du partenaire, des parents et du voisinage dans les décisions. À cet effet, les résultats quantitatifs seront suivis des circonstances de prises de décisions dévoilées par les résultats du volet qualitatif.

Environnement socioculturel des pratiques d'avortement

L'environnement social et familial influence l'issue des grossesses prénuptiales, hors mariages ou rapprochées, qui peuvent être socialement non acceptées (Amegee, 2002 ;

Ouedraogo et *al*., 2001). Mais les logiques sociales variant selon les coutumes et les ethnies, dépendent du cycle de vie car il y a un âge socialement accepté pour la sexualité et la maternité. Chez les jeunes ou les femmes non mariées, l'opposition de leur activité sexuelle aux normes de leur société ou de leur religion (Equipe Giné et *al*., 2002) conduit à la création des réseaux sociaux afin de garder le secret sur la sexualité et les avortements, et d'avoir accès aux informations et aux services d'avortement (Rossier et *al*., 2006). Dans plusieurs sociétés africaines où la sexualité hors mariage est mal vue, l'accès des jeunes aux services de santé reproductive et sexuelle pose problème (Silberschmidt et *al*., 2001). Les adolescentes ont besoin d'un appui de leur famille et de la collectivité au cours de leur grossesse, au lieu de cela, c'est la stigmatisation de la grossesse qui est fréquente. L'existence de stigmatisation vis-à-vis de grossesses « hors normes » conduit les femmes à se tourner vers l'avortement (Akin, 1999 ; Bulut et *al*., 1999). Ainsi, la femme peut décider d'avorter pour ne pas être mal perçue de son entourage, par crainte de rejet social, pour éviter la honte ou un scandale dans sa famille (Gbétoglo et *al*., 2004 ; Guillaume, 2004 ; Guillaume et *al*., 2007 ; Oye-Adeniran et *al*., 2005).

La fréquence d'assistance aux services religieux et l'adhérence aux points de vue des religions conduisent à un moindre risque d'avortement (Stevans et *al*., 1992). L'appartenance à une religion influence la décision de l'avortement, mais semble être moins important que les facteurs sociaux et économiques (Mundigo, 2006). Les chrétiennes se mariant plus tard à cause de la scolarisation, ont des risques d'avortement élevés à la suite d'activités sexuelles et de grossesses prénuptiales. Les musulmanes auraient un risque moins élevé de pratiquer l'avortement que les femmes des autres religions (Ahiadeke, 2001).

Les rapports sociaux de sexe interviennent aussi bien dans la prise de décision concernant les pratiques de contraception que d'avortement. Le viol, l'inceste et l'opposition du partenaire à la grossesse (Hess, 2007 ; Mundigo, 2006) constituent autant de facteurs sociaux qui augmentent les risques d'avortement. Des grossesses non voulues peuvent être des conséquences du déséquilibre entre l'homme et la femme (Oye-Adeniran et *al*., 2005) et du statut social de la femme. L'importance du rôle de l'homme dans les décisions reproductives (Akin, 1999 ; Mundigo, 2006) augmente les risques de grossesses non voulues car elle rend difficile la négociation sur l'adoption d'une méthode contraceptive (Turki et *al*., 2002) et l'accès aux services (Locoh, 1993). En effet, le partenaire peut refuser la méthode proposée par la femme, c'est le cas fréquent avec l'utilisation des préservatifs qui sont considérés par les hommes comme diminuant le plaisir (Bajos et *al*., 2002 ; Vignikin et *al*., 2004). De plus, la décision d'avorter est influencée par l'avis du partenaire à cause de sa participation financière à l'acte, et par la dépendance financière de la femme du partenaire (Braam et *al*., 2004 ; Calvès, 2004 ; Gbétoglo et *al*., 2004). Néanmoins, une étude qualitative menée au Burkina Faso sur l'accès aux services d'avortement dévoile que la décision des avortements se prend souvent par la femme seule, et parfois avec l'assistance de ses amies ou relations. Le partenaire est presque toujours mis au courant de la grossesse, mais se désiste souvent du problème (Rossier, 2006). Une étude au Nigéria révèle aussi que la majorité des femmes prend la décision et paie leurs avortements (Oye-Adeniran et *al*., 2004).

L'approche utilisée dans cette étude s'inspire de deux cadres qui décrivent les déterminants des avortements. Selon le premier cadre développé par Rossier et ses collègues (Rossier et *al*., 2007), l'activité sexuelle, la pratique contraceptive, la survenue d'une grossesse non voulue, la prise de décision d'avorter et l'accès aux services d'avortement[3] sont les cinq déterminants proches de l'avortement. L'influence des autres déterminants de l'avortement passerait par ces déterminants proches. Le second cadre explicatif, complémentaire du premier, sépare les déterminants individuels des contextuels (Mundigo, 2006). Ces derniers renfermant

[3] Ne pouvant pas mesurer avec précision l'accès aux services d'avortement dans ce contexte d'illégalité, il reste non opérationnalisé.

les services sanitaires, la législation, les facteurs sociaux, économiques et religieux, interviennent dans le processus de décision conduisant à l'avortement. En résumé, la pression sociale et religieuse sur le processus des avortements dépendrait des représentations sociales sur la sexualité, en particulier celle des jeunes ou des célibataires (Bajos et *al*., 2004), qui conditionnent l'activité sexuelle, la pratique de la contraception et la survenue de grossesses non voulues. Elle dépend aussi des positions religieuses et des normes sociales sur l'avortement. Par conséquent, dans cette étude, les facteurs socioculturels influencent directement la décision d'avorter qui se traduit par la pratique de l'avortement d'une grossesse, mais également à travers les comportements de contraception, le type de grossesse (grossesse désirée ou non) des femmes et les circonstances de la prise de décision. Les autres déterminants de l'avortement (géographiques, économiques, le fait d'avoir déjà avorté…) seront considérés comme des éléments de contrôle.

Données, variables et méthodes

Données

Nous utilisons l'Enquête sur la Planification familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP) de 2002, organisée par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'enquête permet de mesurer l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité, d'étudier les circonstances des avortements des femmes de Lomé et les raisons qui les amènent à cette pratique (Urd et *al*., 2002). Elle examine également le rôle de l'avortement comme mode d'espacement et/ou de limitation des naissances, les relations entre la pratique de la PF et celle de l'avortement. Compte tenu du caractère délicat du thème abordé par l'enquête, il a été recommandé aux enquêteurs d'établir un rapport de confiance avec les enquêtées, de les interviewer seules sauf en cas de besoin d'interprète, de mettre l'accent sur le caractère confidentiel des réponses et d'être neutre pendant l'interview (Urd et *al*., 2002). L'EPAP a ciblé les femmes âgées de 15-49 ans et comporte 2 volets, le volet quantitatif et le volet qualitatif.

Dans le volet quantitatif, le sujet de l'avortement a été abordé par l'agent enquêteur, comme étant une solution de certaines femmes à une situation de grossesse non attendue (grossesse rapprochée, non voulue, échec contraceptif ou opposition du partenaire à la grossesse). Ce volet repose sur un questionnaire individuel administré à 4755 femmes et porte sur quatre modules. Les deux premiers modules fournissent des caractéristiques socio-démographiques des femmes, des circonstances de connaissance, d'utilisation passée et actuelle de la contraception. Le troisième module fournit l'historique complet des grossesses des enquêtées ainsi que leurs issues. Certaines informations ont été collectées au moment de chaque grossesse, notamment le rang, le type de grossesse (désiré ou non), et les mois et année de son issue. L'utilisation de la contraception par la femme, son âge, son niveau d'instruction, son statut matrimonial ainsi que le lieu de survenue et la personne ayant assistée la femme au moment de l'issue de la grossesse ont été recueillis. Le dernier module, spécifique à l'avortement, est articulé autour des questions touchant à la connaissance des méthodes d'avortement, des parentes ou amies ayant déjà avorté, de la loi togolaise sur l'avortement, des informations sur le premier et le dernier avortement, les perceptions des raisons d'un recours à l'avortement en cas de grossesse non voulue et des justifications de sa légalisation.

Pour compléter notre source quantitative de donnée, nous utilisons les focus group du volet qualitatif de cette même enquête. En effet, l'approche qualitative est recommandée pour les études sur l'avortement (Mundigo, 1999) afin de comprendre leur contexte culturel et social (Coeytaux, 1988 ; Dalla Zuanna, 2002). Environ 95 participantes du volet quantitatif ont accepté de participer au volet qualitatif dans 10 séances de focus group. Ces groupes sont composés de femmes ayant déjà avorté et de femmes n'ayant jamais avorté, ceci afin de

garantir l'anonymat de celles qui ont déjà avorté. De plus, les identités des femmes retenues pour les focus groups ne sont pas connues des modérateurs qui ont animé les groupes de discussions. L'âge et le niveau d'instruction ont servi à constituer les groupes de discussion. Les focus groups ont porté sur les définitions de l'avortement selon les participantes, les perceptions des motifs, des conditions, des risques, des conséquences morales, sanitaires ou sociales des avortements. Ils ont aussi porté sur les perceptions de la légalisation de l'avortement, et sur le contexte de la décision d'avorter et de la pratique. Ces données serviront à mieux comprendre les circonstances de prise de décision d'avorter en termes d'implication du partenaire, des parents et du voisinage des femmes.

Les données de cette enquête sont riches et originales. Comparativement à d'autres sources qui étudient seulement des femmes mariées (Henshaw et *al*., 1999a, 1999b) ou des femmes fréquentant des centres sanitaires (Guillaume, 2003), les données de l'EPAP ont été recueillies auprès d'un échantillon représentatif de la population féminine âgée de 15-49 ans à Lomé et dans ses environs. L'enquête couvre donc les femmes qui ont déjà avorté et celles qui n'ont jamais avorté. Malgré ces avantages, les données présentent des limites qui peuvent être sources de biais dans les résultats de l'étude.

Dans cette étude, la principale limite concerne la sensibilité du sujet de l'avortement et la méthodologie de « face à face » utilisée qui nécessite une sérieuse formation des enquêteurs pour que les enquêtées se sentent en confiance. Il se peut que les avortements soient sous-déclarés au regard de la restriction imposée par la loi à la pratique et de la réprobation sociale de l'avortement (Rossier, 2004). Une seconde limite liée au caractère rétrospectif des données concerne la possibilité que certains faits et détails soient oubliés (Desgrees Du Lou et *al*., 1999 ; Pallikadavath et *al*., 2006). Une troisième limite porte sur le moment de la mesure de certaines variables. Il a été montré que des jeunes femmes avortent afin de continuer leurs études ou à cause de leur emploi (Gbétoglo et *al*., 2004 ; Pallikadavath et *al*., 2006). Mais ne nous disposons de l'activité économique qu'au moment de l'enquête. Aussi, l'effet de la culture et de la perception que les femmes du voisinage ont de l'avortement varie selon le milieu de résidence au moment des grossesses et selon le parcours migratoire des femmes, car ces éléments culturels traduisent les valeurs et pratiques du milieu social dans lequel se prend la décision d'avorter. Cependant, le milieu de résidence n'est connu que pour l'avortement le plus récent de la femme. Il aurait été plus pertinent de disposer de ces informations au moment de toutes les grossesses. Ainsi, des facteurs socio-économiques mesurés au moment des grossesses, pouvant être pertinents pour notre étude (milieu de résidence, activité économique, niveau de richesse du ménage ou pouvoir de décision de la femme) sont absents des données ou existent seulement pour le moment de l'enquête, pour le premier avortement ou l'avortement le plus récent. Mais, nous utilisons le niveau d'instruction qui est fortement corrélé à l'activité économique. Enfin, par manque d'informations recueillies sur les hommes, l'analyse se base principalement sur des variables mesurées auprès des femmes.

Variables

Les variables dépendantes

L'unité d'analyse est la grossesse, car chaque grossesse présente une situation particulière entraînant la décision d'avorter. Même si les grossesses non désirées sont plus à risque d'être avortées (Rossier et *al*., 2007), toutes les grossesses des femmes seront prises en compte dans un premier temps, car certaines grossesses voulues peuvent conduire à un avortement pour des raisons notamment de santé. De plus, la grossesse est déclarée désirée ou non, après l'issue des grossesses. Une grossesse peut ne pas être désirée au moment de la conception, mais devenir

désirée après une naissance vivante. Nous utilisons deux variables dépendantes, *« grossesse non désirée »* et « *avortement d'une grossesse*».

Les variables indépendantes

La religion, l'ethnie et la cohorte permettent de placer les femmes dans leur contexte socioculturel. Toutefois, nous ne disposons de l'information sur la religion qu'au moment de l'enquête. Nous supposons donc que la femme n'avait pas changé de religion. L'effet cohorte traduit des changements dans les caractéristiques socio-économiques et démographiques, dans les conditions juridiques et sanitaires qui peuvent affecter la perception de la société par rapport à l'avortement et à la sexualité ainsi que la pratique des avortements. Enfin, les croyances, valeurs, opinions et attitudes varient dans le temps (Rylko-Bauer, 1996 ; Strickler et *al.*, 2002) et selon les ethnies.

D'autres facteurs socioculturels variant selon les grossesses interviennent dans la prise de décision. Les femmes instruites, les jeunes, celles qui ne sont pas en union et celles qui ont un nombre élevé d'enfants en vie pratiquent plus souvent l'avortement (Ahiadeke, 2001 ; Amétépé et *al*., 2004 ; Calvès, 2002 ; Guillaume, 2003 ; Guillaume et *al*., 2002). Le rang de grossesse sera exclu de l'analyse explicative car il est corrélé au nombre de naissances en vie, ce dernier étant plus pertinent pour le risque d'avortement. Nous retenons alors les variables *niveau d'instruction atteint*, l'*âge*, le *statut matrimonial* et la *parité* de la femme au moment de chaque grossesse.

Le processus d'avortement débute par une activité sexuelle pouvant entraîner une grossesse (Rossier et *al*., 2007). La distinction entre les grossesses désirées et non désirées renseigne sur les préférences de la femme en matière de fécondité car elle conditionne l'issue des grossesses. La *pratique contraceptive* avant la grossesse sera employée car une absence de contraception et un échec contraceptif sont fortement liés à la survenue d'une grossesse non désirée, qui peut à son tour être interrompue par un avortement. En cas de pratique contraceptive, nous distinguons les méthodes modernes (stérilet, injection, norplant, condom, pilule ou spermicides) des autres (abstinence périodique, retrait, méthode traditionnelle ou autres). Cette variable est endogène car elle est déterminée par les mêmes variables socioculturelles qui agissent sur l'avortement.

Nous ajoutons la variable qui mesure le *nombre d'avortements précédant la grossesse* afin de contrôler l'hétérogénéité des femmes, car cette variable augmente le risque d'avorter une grossesse non désirée. Les variables indépendantes de notre étude sont présentées dans le tableau 1 en annexe.

Méthodes

Dans une première partie descriptive, des statistiques, tableaux et graphiques nous aideront à connaître la prévalence des grossesses non désirées, d'utilisation de contraception et d'avortement chez les femmes enquêtées. Ils décrivent aussi les perceptions des femmes à l'égard de l'avortement et les motifs de ces attitudes face à l'avortement à Lomé.

Dans la partie explicative, nous utiliserons une régression logistique afin de modéliser la propension qu'une grossesse soit non désirée, qu'une grossesse se termine par un avortement et qu'une grossesse non désirée soit avortée, en fonction des facteurs socioculturels et de contrôle. Ainsi, les deux premières modélisations se feront en considérant toutes les grossesses, et la dernière se fera en considérant seulement les grossesses non désirées. Plusieurs grossesses pouvant se rattacher à une même femme, l'option « cluster » du logiciel Stata sera utilisée afin de calculer des écarts-types robustes à des corrélations dans le terme d'erreur des régressions multivariées. Les résultats seront présentés sous forme de « odds ratios ». Un odds ratio supérieur à 1 signifie que la modalité considérée augmenterait le risque d'avorter par rapport à

la modalité de référence, toute chose égale par ailleurs. Par contre, un odds ratio inférieur à 1 signifie un effet inverse.

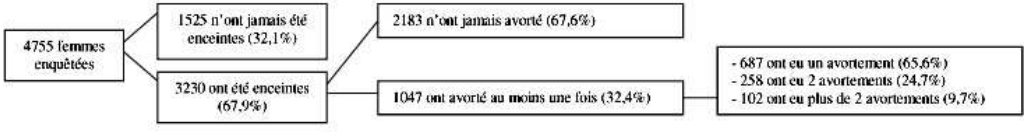
Enfin, l'analyse du contenu des discussions de groupe effectuée manuellement révèle les perceptions des femmes sur les circonstances de prise de décision à Lomé, notamment l'implication de l'entourage des femmes dans la décision d'avorter.

Résultats

Caractéristiques des enquêtées

Les femmes enquêtées sont principalement des commerçantes, d'ethnie Adja-éwé et des catholiques, ces caractéristiques étant majoritaires à Lomé. Plus de la moitié des femmes (54%) étaient en union au moment de l'enquête pendant que 38% étaient encore célibataires. Environ 4 enquêtées sur 5 ont déjà eu un rapport sexuel. Bien que l'âge médian à la première union fût de 20 ans, l'entrée en sexualité survient un peu plus tôt puisque l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17 ans. Même si l'utilisation de la contraception est en hausse à Lomé, presque 52 femmes ayant déjà eu un rapport sexuel n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive. Respectivement 32% et 16% de ces femmes ont déjà utilisé une contraception moderne et une contraception non moderne dans le passé. Par contre, seules 23% des femmes à risque d'avoir une grossesse non désirée[4] ne pratiquaient aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête pour des raisons socioculturelles (opposition du mari/partenaire, de la femme ou de la religion à la contraception et peur d'être mal jugée) et des problèmes d'information et d'accessibilité, alors que 48% de ces femmes utilisaient une méthode moderne de contraception. Un peu moins de 50% des femmes qui sont donc réellement exposées au risque de grossesses non voulues et qui peuvent avoir un besoin de contraception, pratiquent effectivement la contraception moderne, et 29% pratiqueraient la contraception non moderne. De plus, plus de la moitié (58,11%) des femmes qui ont été enceintes au moins une fois ont déclaré avoir déjà expérimenté une grossesse non désirée. Cette réalité laisse supposer qu'il y aurait encore des besoins non satisfaits non négligeables des femmes à Lomé en matière de planification familiale et de contraception.

SCHÉMA 1 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON


4755 femmes enquêtées
1525 n'ont jamais été enceintes (32,1%)
3230 ont été enceintes (67,9%)
2183 n'ont jamais avorté (67,6%)
1047 ont avorté au moins une fois (32,4%)
- 687 ont eu un avortement (65,6%)
- 258 ont eu 2 avortements (24,7%)
- 102 ont eu plus de 2 avortements (9,7%)

Source : EPAP, Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé et Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Presque 68% des enquêtées ont été enceintes au moins une fois ou le sont au moment de l'enquête, et un tiers de ces femmes a déjà avorté. Le schéma 1 montre la répartition des femmes selon le nombre d'avortements, révélant qu'une proportion non négligeable (34,4%) de femmes a déjà eu recours à des avortements répétés. L'avortement prévaut à Lomé, car au moment de l'enquête, presqu'une femme sur deux connaît une parente ou amie ayant avorté. Bien que le fait d'avoir avorté est fortement lié à la connaissance d'une parente ou amie l'ayant

[4] Les femmes à risque d'avoir une grossesse non désirée sont des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête, autres que celles qui sont en aménorrhée, qui allaitent, qui sont stériles ou ménopausées, ou qui désirent un enfant. Ces femmes seraient à risque d'avoir besoin de contraception.

aussi fait, environ 40% des femmes qui n'ont jamais avorté ont déclaré connaître une parente ou amie qui a avorté, ce qui peut être une incitation à la pratique. La loi sur l'avortement au Togo est très méconnue des enquêtées car une proportion importante (63%) ne connaît pas son existence.

Les 3230 enquêtées ayant déjà été enceintes ont eu 10 646 grossesses dont 7487 (70,33%) ont été déclarées désirées au moment de l'enquête. Parmi les 3159 grossesses non voulues, 1480 (soit 47%) ont abouti à un avortement. Même si peu de grossesses désirées aboutissent à un avortement, les enquêtées ont interrompu 1,19% (89) des grossesses désirées. Les grossesses qui ont été avortées représentent ainsi 15% de toutes les grossesses recensées auprès des enquêtées. Toutefois, la proportion de grossesses avortées varie selon les facteurs socioculturels retenus dans cette étude (tableau 1 en annexe).

Les perceptions de l'avortement, de sa légalisation et leurs justifications

Les femmes n'ayant jamais avorté sont principalement non favorables à la pratique de l'avortement (81,3%) et trouvent que l'avortement n'est pas bon. Les raisons avancées par ces femmes se concentrent sur la valeur éthique et morale du fœtus. En effet, ces femmes déclarent qu'une personne n'a pas le droit de mettre fin à une vie, que l'enfant est un don de Dieu ou que la religion l'interdit. La religion catholique étant dominante à Lomé, le fœtus est peut être considéré par ces femmes comme une vie dès la conception. Toutefois, la minorité des femmes qui est favorable à l'avortement justifie cette position par le manque de moyens. Ces femmes rapportent aussi les cas où le moment de la survenue de la grossesse serait non propice, et où l'auteur de la grossesse ne la reconnaîtrait pas.

TABLEAU 2 : ATTITUDE DES FEMMES FACE À L'ACCEPTATION OU NON DE LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT AU TOGO, SELON QU'ELLES ONT DÉJÀ AVORTÉ OU NON ET SELON QU'ELLES ONT EXPÉRIMENTÉ OU NON UNE GROSSESSE NON DÉSIRÉE

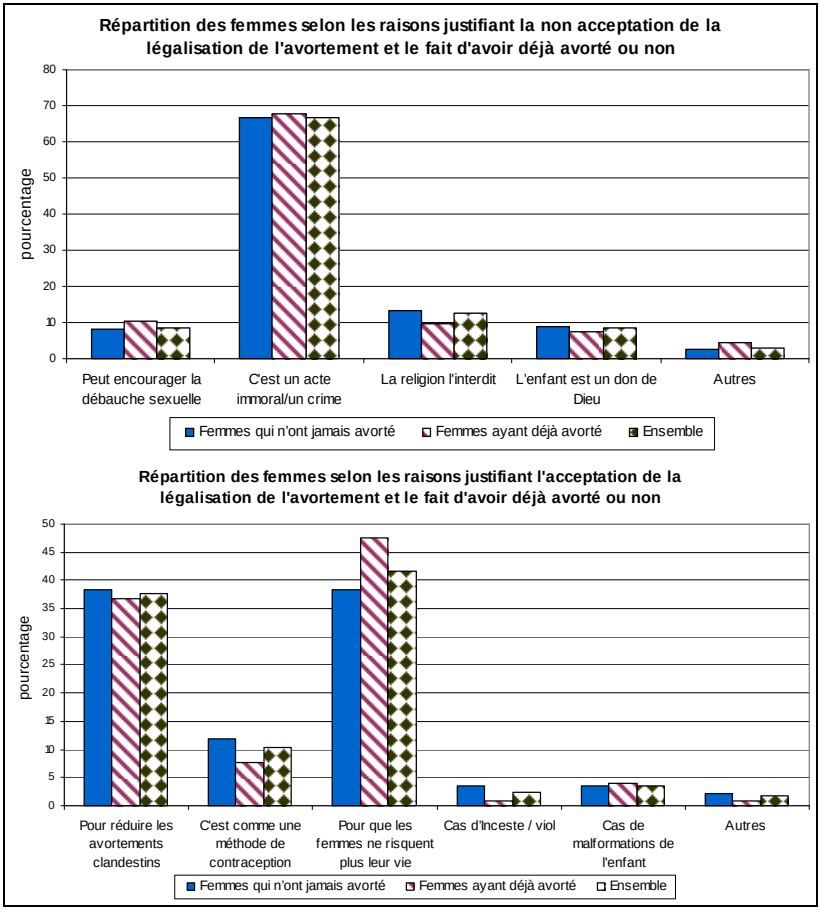
Attitude face à la légalisation de l'avortement	Ensemble des femmes (%)	Avorté ou non *(p=0.000)**		Expérimenté une grossesse non désirée ou non *(p= 0.031)**	
		Femmes (%) ayant déjà avorté	Femmes (%) n'ayant jamais avorté	Femmes (%) ayant expérimenté une grossesse non désirée	Femmes (%) n'ayant jamais expérimenté une grossesse non désirée
Favorable	5,85	9,84	4,72	6,82	5,21
Non favorable à l'avortement	90,89	86,34	92,18	90,36	91,24
Ne sait pas	3,26	3,82	3,10	2,82	3,54
Total	100	100	100	100	100
(Effectif)	*(4 755)*	*(1 047)*	*(3 708)*	*(1 877)*	*(2 878)*

Source : EPAP, Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé et Organisation Mondiale de la Santé, 2002

* Valeur de p du test de Chi-deux

De la même manière, les femmes sont en majorité non favorables à la légalisation de l'avortement (90,9%). Même si l'attitude non favorable à la légalisation de l'avortement persiste, de légères différences existent selon que la femme a déjà avorté ou non, et selon qu'elle a déjà expérimenté ou non une grossesse non désirée. Ainsi, les femmes ayant expérimenté ces événements ont tendance à être plus favorables à la légalisation de l'avortement (tableau 2).

GRAPHIQUE 1 : RÉPARTITION DES FEMMES (EN %) SELON LES RAISONS DÉCLARÉES COMME JUSTIFIANT L'ACCEPTATION OU NON DE LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT AU TOGO ET LE FAIT QU'ELLES AIENT DÉJÀ AVORTÉ OU NON



Source : EPAP, Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé et Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Le graphique 1 dévoile que la principale raison avancée pour justifier l'avis non favorable à la légalisation de l'avortement est qu'il s'agit d'un acte immoral et d'un crime. La religion, ainsi que la considération de l'enfant comme un don de Dieu jouent un rôle important dans cette opinion. Les enquêtées pensent aussi que la légalisation de l'avortement encouragerait une sexualité désordonnée. En revanche, la position favorable à la légalisation de l'avortement prend sa source dans le souci de réduire les avortements à risque et de sauvegarder la santé des femmes. Une proportion modérée de ces femmes favorables à l'avortement justifie leur position par le fait qu'elles considèrent l'avortement comme une contraception.

Bien que la législation sur l'avortement au Togo soit restrictive, que la perception de l'avortement soit conservatrice à Lomé, un nombre non négligeable d'avortement se produit. Ce paradoxe entre la perception et la pratique de l'avortement semble révéler que l'attitude des femmes face à l'avortement n'affecte pas directement la pratique de cet acte. En effet, d'autres facteurs interviennent dans le processus d'avortement. L'individualisme et le désir d'indépendance vis-à-vis de la famille entraînent la décision d'avorter en Côte d'Ivoire même

si l'avortement est contraire à la perception, aux normes et aux valeurs (Svanemyr et *al*., 2007). Aussi, les réalités socio-économiques ont été décelées au Cameroun comme surpassant l'idée que les femmes ont de l'avortement (Schuster, 2005).

Les facteurs socioculturels d'une grossesse non désirée et de la décision d'avorter

La recherche des déterminants de l'avortement passe par celle des déterminants d'une grossesse non désirée, car cette dernière est un déterminant proche de l'avortement (Rossier et *al*., 2007). La colonne 2 du tableau 3 est obtenue à partir de la régression logistique de la probabilité qu'une grossesse soit non désirée, les colonnes 3 et 4 découlent de régressions logistiques de la probabilité qu'une grossesse soit avortée. Les modèles 1 excluent la variable *« pratique contraceptive »* susceptible d'être endogène pendant que les modèles 2 l'ajoutent afin de voir l'impact de son inclusion sur nos estimations. Nous n'avons pas estimé de modèle 2 pour la variable *« grossesse non désirée »* car toutes les grossesses désirées sont intervenues en cas de non pratique de contraceptions.

Concernant l'ethnie de la femme, les résultats révèlent que l'effet de l'ethnie sur le risque d'avoir une grossesse non désirée ou d'avorter une grossesse ne semble pas être significatif.

La religion semble affecter la survenue de grossesse non désirée (colonne 2). Le fait de n'appartenir à aucune religion ou d'être musulmane réduit le risque d'avoir une grossesse non désirée alors que les grossesses de femmes appartenant à d'autres religions ont plus de risque d'être non désirées que celles des catholiques. Concernant l'avortement, les grossesses de protestantes ont plus de risque d'être avortées que celles des catholiques (colonne 3 et 4). Par contre, il est moins probable que les grossesses des femmes appartenant à la religion traditionnelle, à la religion islamique ou n'ayant aucune religion soient avortées comparativement à celles des catholiques.

La survenue d'une grossesse non désirée et la pratique de l'avortement sont fortement influencées par la cohorte des femmes (colonnes 2 à 4). Les femmes nées après 1960 auraient plus de risque d'avoir des grossesses non désirées, et d'avorter comparativement à celles qui sont nées dans les années 50. En effet, les odds ratios sont supérieurs à 1 et augmentent au fur et à mesure que la cohorte est récente. Ce résultat va dans le sens attendu et peut être expliqué par des changements sociaux et économiques dont la crise économique qui a des conséquences sur les relations sociales entre les cohortes (Svanemyr et *al*., 2007). Il peut aussi être expliqué par la dissociation entre la sexualité et le mariage chez les jeunes, par un moindre contrôle social et par une éventuelle sous-déclaration des avortements chez les femmes plus âgées qui pourraient considérer ce sujet comme un tabou. La sensibilisation des jeunes à une entrée plus tardive en sexualité, à une meilleure utilisation de la contraception et à la santé reproductive et sexuelle pourra réduire ces risques d'avortement chez les jeunes.

Le statut matrimonial étant un élément social important, les femmes en union sont moins susceptibles d'avoir des grossesses non désirées et d'avorter que celles qui ne sont pas en union. Aussi, les risques de grossesses non désirées et d'avortement augmentent avec le niveau d'instruction. En revanche, les grossesses qui surviennent après 25 ans sont moins à risque d'être non désirées et d'être avortées que celles qui arrivent avant cet âge. Les résultats confirment ainsi le fait que les grossesses prénuptiales sont en hausse à Lomé et sont très à risque d'être avortées. Par contre, les grossesses qui interviennent après que la femme ait eu trois enfants en vie ont 3 fois plus de risque d'être non désirées. Le risque d'avortement serait élevé chez les femmes qui ont au moins un enfant en vie. L'avortement se pratiquerait ainsi comme moyen d'espacement et de limitation des naissances, une fois que la vie féconde des femmes a débuté.

Enfin, l'utilisation de tout type de contraception qui est endogène reste déterminante et augmente fortement le risque d'avorter (colonne 4) par rapport à l'absence d'utilisation de contraception. Les femmes qui utilisent la contraception ont certainement un désir élevé de

contrôler la survenue des grossesses, mais la mauvaise utilisation, l'échec ou la moindre efficacité des méthodes augmenterait le risque d'avorter.

TABLEAU 3 : LES ODDS RATIOS DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DE LA PROBABILITÉ QU'UNE GROSSESSE SOIT « NON DÉSIRÉE », SOIT « AVORTÉE »

Variables Modalités des variables	Grossesse non désirée	Avortement d'une grossesse	
	Modèle 1	Modèle 1	Modèle 2
Variables socioculturelles			
Ethnie			
Adja-éwé (réf)	*1*	*1*	*1*
Kabyè-tem	0,90	1,14	1,14
Autres togolais	0,84	0,93	0,94
Étrangers	0,94	0,90	0,91
Religion			
Religion catholique (réf)	*1*	*1*	*1*
Religion traditionnelle	0,80	0,50***	0,53***
Religion protestante	0,99	1,25**	1,25**
Religion islamique	0,43***	0,47***	0,46***
Autres religions	1,29***	1,03	1,04
Aucune religion	0,78*	0,72***	0,77*
Cohorte de naissance			
génération 1952-1959 (réf)	*1*	*1*	*1*
génération 1960-1969	1,24*	1,53***	1,53***
génération 1970-1979	1,81***	2,46***	2,37***
génération 1980-1987	4,14***	4,08***	3,71***
Statut matrimonial			
non en union (réf)	*1*	*1*	*1*
en union	0,12***	0,07***	0,07***
Niveau d'instruction			
aucun niveau (réf)	*1*	*1*	*1*
niveau primaire	1,18*	1,42***	1,43***
niveau secondaire et supérieur	1,24**	1,98***	1,85***
Age à la grossesse			
11 à 24 ans (réf)	*1*	*1*	*1*
25 à 49 ans	0,50***	0,74***	0,76***
Nombre de naissances en vie			
0 (réf)	*1*	*1*	*1*
1-3 naissances	1,07	2,78***	2,83***
plus de 3 naissances	2,81***	7,07***	6,72***
Pratique contraceptive [a]			
aucune méthode (réf)			*1*
contraception moderne			6,78***
autres contraceptions			5,04***
Variable de contrôle			
Nombre d'avortements précédents			
0 (réf)	*1*	*1*	*1*
1	1,55***	2,70***	2,60***
2	1,63***	2,24***	2,21***
plus de 2 avortements	3,06***	5,78***	5,34***
Nombre d'observations	10 634	10 646	10 646
Nombre de Clusters	3 230	3 230	3 230
Log Pseudolikelihood	-5 034,72	-3 346,96	-3 223,85

Source : EPAP, Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé et Organisation Mondiale de la Santé, 2002

[a] Variable susceptible d'être endogène ; Niveaux de significativité des coefficients de régression (*** 1%, ** 5%, et * 10%)

Note : Étant donné que plusieurs grossesses se rattachent à une même femme, l'option « cluster » de Stata a été utilisée afin d'obtenir des erreurs types robustes. De plus, la variable « pratique contraceptive » susceptible d'être endogène n'est pas incluse dans les modèles 1.

Certains résultats diffèrent quand on considère uniquement les grossesses non désirées. Le tableau 4 présente les régressions logistiques de la probabilité qu'une grossesse non désirée soit avortée (colonnes 2 et 3).

TABLEAU 4 : LES ODDS RATIOS DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DE LA PROBABILITÉ QU'UNE GROSSESSE NON DÉSIRÉE SOIT « AVORTÉE »

Variables Modalités des variables	Avortement d'une grossesse	
	Modèle 1	Modèle 2
Variables socioculturelles		
Ethnie		
Adja-éwé (réf)	*1*	*1*
Kabyè-tem	1,50***	1,49***
Autres togolais	1,13	1,13
Étrangers	0,98	0,98
Religion		
Religion catholique (réf)	*1*	*1*
Religion traditionnelle	0,49***	0,50***
Religion protestante	1,24*	1,23*
Religion islamique	0,60**	0,58**
Autres religions	0,89	0,90
Aucune religion	0,73*	0,74
Cohorte de naissance		
génération 1952-1959 (réf)	*1*	*1*
génération 1960-1969	1,51**	1,50**
génération 1970-1979	2,07***	2,03***
génération 1980-1987	2,54***	2,48***
Statut matrimonial		
non en union (réf)	*1*	*1*
en union	0,16***	0,16***
Niveau d'instruction		
aucun niveau (réf)	*1*	*1*
niveau primaire	1,32**	1,32**
niveau secondaire et supérieur	1,97***	1,91***
Age à la grossesse		
11 à 24 ans (réf)	*1*	*1*
25 à 49 ans	1,31**	1,29**
Nombre de naissances en vie		
0 (réf)	*1*	*1*
1-3 naissances	4,05***	4,09***
plus de 3 naissances	5,15***	5,11***
Pratique contraceptive [a]		
aucune méthode (réf)		*1*
contraception moderne		1,39
autres contraceptions		1,42***
Variable de contrôle		
Nombre d'avortements précédents		
0 (réf)	*1*	*1*
1	2,72***	2,68***
2	1,64**	1,63**
plus de 2 avortements	5,93***	5,77***
Nombre d'observations	3 159	3 159
Nombre de Clusters	1 877	1 877
Log Pseudolikelihood	-1 849,69	-1 844,06

Source : EPAP, Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé et Organisation Mondiale de la Santé, 2002

*[a] Variable susceptible d'être endogène ; Niveaux de significativité des coefficients de régression (*** 1 %, ** 5 %, et * 10 %)*

Note : Étant donné que plusieurs grossesses se rattachent à une même femme, l'option « cluster » de Stata a été utilisée afin d'obtenir des erreurs types robustes. De plus, la variable « pratique contraceptive » susceptible d'être endogène n'est pas incluse dans les modèles 1

L'avortement d'une grossesse non désirée est influencé par l'ethnie Kabyè-tem, la religion protestante, la cohorte de naissance récente, le niveau d'instruction primaire ou plus, l'âge à la grossesse supérieur ou égale à 25 ans, la parité différente de 0 et la pratique de contraception non moderne qui augmentent son risque comparativement aux différentes modalités de référence. En revanche, la religion traditionnelle, islamique, le fait de n'appartenir à aucune religion, et le fait d'être en union réduisent le risque qu'une grossesse non désirée se termine par un avortement (colonnes 2 et 3). Nous tenons à souligner que l'âge à la grossesse supérieur ou égale à 25 ans a un effet contraire dans ce cas comparativement au cas de toutes les grossesses. C'est peut être parce qu'une grossesse qui intervient après 25 ans a 2 fois moins de risque d'être non désirée. L'ethnie constitue une identité des cultures et traduit les normes, traditions et pratiques des sociétés en matière d'entrée en sexualité ou en union et concernant les types de grossesses, mais le contrôle social dans le domaine de la sexualité prénuptiale ne semble pas être différent entre les Adja-Éwé et les Kabyè-tem. En effet, ces deux groupes d'ethnies exigent la virginité de la nouvelle mariée, entraînant la fierté de la famille de la femme. Au cas échéant, ce sera la honte de cette famille (Thiriat, 1998). Les grossesses prénuptiales pourraient alors être plus stigmatisées au sein de ces ethnies que dans d'autres ethnies du Togo qui autorisent un amant ou la preuve de la fécondité de la fille avant le mariage.

En dehors de ces facteurs qui déterminent le recours à l'avortement, d'autres éléments sont à considérer dans le processus de prise de décision notamment l'implication de tierces personnes. Les résultats des discussions de groupes s'attardent sur l'entourage immédiat de la femme, en particulier le rôle des hommes dans les prises de décisions, et l'implication des parents et d'autres connaissances du couple.

Perception de l'implication du partenaire et des parents dans les décisions

Les discussions de groupe révèlent que l'avortement est qualifié de façon unanime à Lomé de crime, de meurtre et de péché devant Dieu, tout comme à Ouagadougou (Rossier, 2007). Les femmes sont non favorables à l'avortement, mais favorables à l'utilisation de la contraception même si une intervenante a déclaré qu'utiliser une contraception est aussi une façon de commettre un crime. Toutefois, plusieurs femmes approuvent que la loi autorise l'avortement de grossesses issues de viol, celles entraînant de problèmes de santé chez la femme et le fœtus, et quand l'auteur de la grossesse n'est pas connu. Les enquêtées, quel que soit leur âge et leur niveau d'instruction, ont déclaré que la plus grande responsabilité dans les décisions revenait au partenaire qui nie être l'auteur de la grossesse, ou ne la veut pas. Certains hommes déjà en union le cachent à la fille qui est contrainte d'avorter. Le manque d'appréciation de la femme ou de l'homme par la belle famille, la crainte des parents, des problèmes créés par la grossesse dans le couple ou entre la femme et ses parents interviennent dans la décision.

En effet, les enquêtées affirment en majorité que la femme doit avoir l'accord de l'auteur de la grossesse ou s'entendre avec lui avant d'avorter, surtout s'ils sont mariés. En cas de refus du partenaire, la femme peut toujours effectuer l'avortement, sauf si les coutumes l'interdisent, car la femme peut mourir si elle effectue l'avortement. Il arrive aussi que le partenaire accompagne la femme et paie l'avortement, que la femme refuse d'avorter et mène la grossesse à terme alors que l'homme veut l'avortement. Enfin, il y a des situations où la femme effectue l'avortement à l'insu de ses parents, ou de son partenaire si elle craint que ce dernier lui dise de garder la grossesse. Elle décide seule à cause des circonstances de la grossesse.

Les parents du couple sont aussi très impliqués dans la décision surtout quand les concernés ne sont pas mariés, et parfois sans même avertir l'auteur de la grossesse. Ils interviennent car ils ont des projets pour leur enfant ou ne veulent pas se lier à la famille du partenaire. Certaines femmes accordent plus d'importance à l'avis des parents de l'homme, rendant difficile la décision quand les avis des parents de la femme et des parents de l'homme sont opposés. Enfin, les parents font avorter leur fille pour éviter la honte surtout s'ils sont influents dans leur communauté. En particulier, plusieurs enquêtées trouvent qu'il n'est pas bon, quelques soient les raisons, que les mères fassent avorter leur fille, car la fille une fois sûre d'avoir le soutien de sa mère peut répéter l'acte. Des mères font avorter leur fille par crainte de la réaction de leur mari, à cause de la non-reconnaissance de la grossesse ou d'une éventuelle stigmatisation de la grossesse au sein de leur église.

Les parents biologiques ainsi que les autres membres de la famille participent aux décisions, surtout dans les familles monoparentales où le seul parent demande leur avis. Selon certaines femmes, des voisins, amis, membres de la famille ou collègues conseilleront la femme d'accoucher, pendant que d'autres l'encourageront à avorter. Ce sont surtout celles qui ont déjà avorté qui la conseillent d'avorter, en lui indiquant des médicaments et des méthodes d'avortement. Enfin, les familles et amis interviennent en cas de désaccord entre l'homme et la femme ou quand l'homme nie être l'auteur de la grossesse.

Discussion et conclusion

Tout comme à Abidjan en 1997, environ un tiers des enquêtées à Lomé en 2002 ayant été enceintes au moins une fois ont déjà avorté (Desgrees Du Lou et *al*., 1999; Guillaume et *al*., 2002). 30% des grossesses sont non désirées, et près de la moitié de ces dernières sont avortées. Les risques de grossesse non désirée et d'avortement sont plus élevés quand la femme a déjà pratiqué un avortement que si elle ne l'a jamais fait. Le partenaire et les parents ont une forte implication dans la décision, et les grossesses susceptibles d'être avortées sont pour la plupart socialement mal vues ou constituent des sources de honte. Par exemple, les grossesses rapprochées révèleraient que les parents ne peuvent pas se contrôler (Ouedraogo et *al*., 2001). Les grossesses sont très à risque d'être déclarées non désirées parmi les femmes qui ont plus de 3 enfants en vie, les femmes éduquées, les femmes nées après les années 60 et les femmes appartenant à d'autres religions. Néanmoins, les grossesses qui interviennent quand la femme a 25 ans et plus, quand elle est en union, quand elle appartient à la religion traditionnelle ou n'appartient à aucune religion sont moins susceptibles d'être non désirées.

Les positions des religions sont diverses puisque les religions musulmane et traditionnelle semblent autoriser la polygynie et la nuptialité précoce dans plusieurs pays africains (Kuate-Defo, 2000). Les femmes de ces religions sont donc plus aptes à poursuivre leurs grossesses[5] et moins aptes à déclarer une grossesse « non désirée », à pratiquer la contraception ou l'avortement. De plus, la position de la religion islamique sur l'avortement découle de celle sur la sexualité. Cette dernière n'étant autorisée que dans le mariage, les jeunes musulmanes ne reçoivent pas l'éducation sexuelle nécessaire, n'ont pas accès à l'information ni à la contraception, car ces jeunes ainsi que les divorcées ou veuves ne sont pas supposées avoir des rapports sexuels (Turki et *al*., 2002). Le risque élevé d'avortement chez les protestantes serait une façon de cacher les grossesses qui iraient à l'encontre des convictions protestantes, ces dernières tolèrent difficilement les comportements « déviants ». Ces propos sur les effets de la religion sont toutefois à relativiser car nous avons utilisé l'appartenance à une religion, contrairement à la fréquence des pratiques religieuses.

[5] Peut être à cause d'une compétition entre coépouses ou afin d'avoir leur statut social qui dépend du nombre d'enfants mis au monde.

Cette étude a montré que les générations récentes ont un risque plus élevé d'avoir une grossesse non désirée et de pratiquer un avortement que les générations anciennes, ce qui traduirait un moindre contrôle social des comportements sexuels et reproductifs des femmes. Les jeunes qui chercheraient le bon moment pour devenir mère (Johnson-Hanks, 2002) avorteraient plus en début de vie féconde alors que les femmes des cohortes plus anciennes le feraient après avoir eu des enfants. De plus, la plus longue durée d'exposition au risque de grossesses prénuptiales entre l'âge à la puberté et l'entrée en union chez les jeunes générations, et le fait que ces dernières aient un accès difficile aux centres de PF en Afrique augmente leur risque d'avoir recours à l'avortement (Guillaume, 2003 ; Olukoya, 2004). Enfin, les jeunes cacheraient leur sexualité hors union qui est socialement mal vue à leur entourage, surtout à leurs parents dont ils craignent la réaction s'ils découvraient leur grossesse (Guillaume, 2003).

L'attitude favorable des femmes à l'utilisation de la contraception à Lomé et la perception non favorable de l'avortement et de sa légalisation semblent montrer que les femmes n'assimilent pas l'avortement à une méthode contraceptive. Cette étude a dévoilé que l'avortement est très utilisé à Lomé. Comme l'ont décelé certaines femmes des groupes de discussions, les femmes ayant avorté ont peut être leur réseau et groupe qui fait que la connaissance d'une parente ou amie ayant avorté augmente les risques d'avortement (Rossier, 2006). De plus, les femmes qui ont avorté perdent leur valeur et sont marginalisées si la société découvre leur acte qui cachait une sexualité blâmée. Toutefois, ceci est une « moindre honte » (Johnson-Hanks, 2002) puisque certaines femmes prennent toujours le risque d'avorter en espérant que personne ne le découvre et pour éviter la « grande honte » liée au type de grossesse qu'elles ont eu (Rossier et *al*., 2006). Elles avortent aussi à cause de leurs réalités socio-économiques, et probablement parce que plusieurs femmes tolèrent des avortements pour les cas de viol, de problèmes de santé chez la femme et le fœtus, de poursuite des études chez des jeunes filles, ou de non connaissance de l'auteur de la grossesse.

D'une façon générale, cette étude a révélé peu de différences entre les modèles 1 et 2. En effet, l'introduction de la « pratique de contraception », variable susceptible d'être endogène, a annulé la significativité d'un effet, a légèrement modifié l'ampleur et le seuil de significativité de certains effets (tableaux 3 et 4). Cela nous pousse à prendre avec un peu de réserve les effets des variables qui pourraient être corrélées à la contraception. D'autres méthodes statistiques notamment la méthode par variables instrumentales ou l'estimation d'équations simultanées pourraient être envisagées pour avoir des résultats plus stables.

Cette étude présente quelques limites principalement à cause de l'absence des circonstances de prise de décision et de la situation économique dans les données quantitatives. Une autre limite importante est l'éventuelle sous-déclaration des avortements. Cependant, l'étude peut servir de base à certaines recommandations pour les politiques en santé de la reproduction. Une sensibilisation des populations notamment des femmes qui ont déjà avorté, et des jeunes sur les dangers des avortements à risque, sur l'existence et les conditions de la nouvelle loi sur l'avortement serait très utile pour réduire les avortements à risque et leur répétition. De plus, une légalisation complète de l'avortement pourrait réduire le recours à l'avortement dans de conditions dangereuses. Les parents doivent être aussi sensibilisés sur les dangers des avortements afin de ne pas susciter les pratiques d'avortement chez leurs enfants. Ils doivent assurer à leur tour l'éducation sexuelle de leurs filles et garçons dès leur puberté. De plus, d'autres précautions sont à prendre comme la sensibilisation à l'utilisation de contraception, l'éducation sexuelle des jeunes à travers les médias et les dépliants, dans des écoles, centres d'apprentissage, associations ou regroupements sociaux. Des discussions entre des femmes qui ont déjà avorté et celles qui ne l'ont jamais fait peuvent être des occasions pour échanger leurs expériences et perceptions de l'avortement. Enfin, la sensibilisation des populations peut cibler la non stigmatisation des femmes ayant des grossesses « hors normes

sociales » et surtout prôner le soutien des membres de la société dans ces situations afin de réduire les pratiques d'avortement.

Le rôle des hommes est primordial à cause de leur implication dans les prises de décisions. En effet, les femmes ont à plusieurs reprises identifié le fait que l'homme nie la grossesse ou ne veuille de la grossesse, sa situation familiale et financière comme importants dans la décision. Ces résultats confirment ceux de plusieurs études (Bledsoe et *al*., 1993), en particulier ceux de l'étude menée auprès des jeunes de Yaoundé qui révèlent que l'incapacité des jeunes hommes à assumer la responsabilité de paternité parce qu'ils ne sont pas socialement ou financièrement prêts, les conduirait à s'impliquer dans la décision en approuvant l'avortement (Calvès, 2004). Seulement, cette implication semble présente autant chez les jeunes que chez les femmes âgées. Il serait donc important d'avoir les caractéristiques du partenaire au moment des grossesses (âge, activité économique, niveau d'instruction…) afin de mesurer leurs effets sur l'issue des grossesses. Une sensibilisation des hommes peut viser à les inciter à prendre leur responsabilité en cas de grossesse et à les encourager à discuter de l'adoption de contraception avec leurs partenaires afin d'éviter les grossesses non désirées et de ne pas mettre les femmes face à un éventuel choix pour un avortement.

Enfin, il serait utile de mener des études sur l'influence des facteurs socioculturels sur la décision d'avorter dans les contextes ruraux du Togo où le contrôle social serait plus soutenu qu'à Lomé. L'approfondissement de ces éléments serait utile pour vérifier l'existence ou non de réseau social ou clandestin intervenant dans le processus de décision d'avortement.

BIBLIOGRAPHIE

AHIADEKE C. 2001. « Incidence of induced abortion in southern Ghana ». *International Family Planning Perspectives* 27(2) :96-101 & 108.

AKIN A. 1999. « Cultural and Psychosocial facteurs affecting contraceptive use and abortion in two provinces of Turkey ». Pp. 190-211 in *Abortion in the developing world*, édité par A.I. MundigoC. Indriso, et *al*. London : Zed Books 498p.

AMEGEE K., BOUKPESSI B., et *al*. 2001. « Les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo entre 1988 et 1998 ». Pp. 11-66 in *Analyse approfondie des données de la seconde Enquête Démographique et de Santé du Togo*, édité par K. VignikinD. Gbétoglo, et *al*. Lomé : Les dossiers de l'URD n°5.

AMEGEE L.K. 2002. « Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène ». Pp. 297-320 in *Santé de la reproduction en Afrique*, édité par A. Guillaume, Desgrees du Loû, A., Zanou B, Koffi N. (Ed.) Abidjan, Côte d'Ivoire : ENSEA, FNUAP, IRD 366p.

AMÉTÉPÉ F. et BÉGUY D. 2004. « Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances ? » Présenté à *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, 17-20 novembre, Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, 23p.

BAJOS N. et FERRAND M. 2004. « Échecs de contraception et recours à l'avortement : une approche relationnelle ». Pp. 10 in *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, edited by C. G. D. Tabutin, et B. Schoumaker (eds). Chaire Quetelet, Louvain la Neuve : Académia-Bruylant, l'Harmattan (A paraître).

BAJOS N., FERRAND M., et *al*. 2002. « Au risque de l'échec : la contraception au quotidien ». Pp. 33-78 in *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*, édité par N. Bajos, M. Ferrand, et *al*. Paris: INSERM 348p.

BLEDSOE C. H. et COHEN B. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington D.C. : National Academy Press, 208 p.

BRAAM T. et HESSINI L. 2004. « The power dynamics perpetuating unsafe abortion in Africa : A feminist perspective ». *African Journal of Reproductive Health* 8 (1) : 43-51.

BULUT A. et TOUBIA N. 1999. « Abortion services in two public sector hospitals in Istanbul, Turkey : How well do they meet women's needs ? » Pp. 259-278 in *Abortion in the developing world*, édité par A. I. MundigoC. Indriso, et *al*. London : Zed Books 498p.

CALVÈS A.-E. 2002. « Abortion risk and abortion decision making among youth in urban Cameroon ». *Studies in Family Planning* 33 (3) : 249-260.

—. 2004. « Décision d'avorter et déterminants des avortements clandestins chez les jeunes de Yaoundé ». Pp. 17 in *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, edited by C. G. D. Tabutin, et B. Schoumaker (eds). Chaire Quetelet, Louvain la Neuve : Académia-Bruylant, l'Harmattan (A paraître).

COEYTAUX F.M. 1988. « Induced abortion, in Sub-Saharan Africa : what we do and do not know ». *Studies in family planning* 19 (3) : 186-190.

DALLA ZUANNA G. 2002. « L'avortement Provoqué ». Pp. 283-301 in *Démographie : analyse et synthèse, vol II, Les déterminants de la fécondité*, édité par J.V.e.G.W. / sous la direction de G. Caselli : édition de l'INED 460 p.

DESGREES DU LOU A., MSELLATI P., et *al*. 1999. « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité ? » *Population* 54 (3) : 427-446.

EQUIPE GINÉ, BAJOS N., et *al*. 2002. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris : INSERM, 348 p.

GBÉTOGLO K. D. et BOUKPÉSSI B. 2004. « L'avortement provoqué chez les adolescentes à Lomé : Conditions de recours et motifs ». Présenté à *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, 17-20 novembre Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, 30 p.

GUILLAUME A. 2003. « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 ». *Population* 58 (6) : 741-771.

—. 2004. « Fréquence et conditions du recours à l'avortement ». Pp. 73 – 94 in *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, édité par A. Guillaume et M. Khlat : Les collections du CEPED 163p.

GUILLAUME A. et DESGREES DU LOU A. 2002. « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire : Contraception, abortion or both ? » *International Family Planning Perspectives* 28 (3) : 159 – 166.

GUILLAUME A. et LERNER S. 2007. « L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe ». *La Chronique du CEPED* (n° 55) : 5 p.

HENSHAW S. K., SINGH S., et *al*. 1999a. « The Incidence of Abortion Worldwide ». *International Family Planning Perspectives* 25 (Supplement) :S30-S38.

—. 1999b. « Recent trends in Abortion rates worldwide ». *International Family Planning Perspectives* 25 (1) : 44 – 51.

HESS R. F. 2007. « Women's Stories of Abortion in Southern Gabon, Africa ». *Journal of Transcultural Nursing* 18 (1) : 41-48.

HORD C. E., BENSON J., et *al*. 2006. « Unsafe abortion in Africa : an overview and recommendations for action ». Pp. 115-149 in *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences : Priorities for Research and Action*, édité par I. K. Warriner et I. H. Shah. New York : Guttmacher Institute 243p.

JOHNSON-HANKS J. 2002. « The lesser shame : abortion among educated women in southern Cameroon ». *Social Science & Medicine* 55 (8) : 1337-1349.

KAMPATIBE N. et MENSAH E. 1996. « Avortement a risques et planification familiale au Togo ». *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1(1) : 77-78.

KOUWONOU K. 1999. « Famille et Procréation au Sud-Est Togo : De nouvelles stratégies. Une analyse textuelle des entretiens de groupe ». *Les dossiers du Ceped* n° 55 : 50p.

KUATE-DEFO B. 2000. « L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants ». *Population (French Edition)* 55 (6) : 941-973.

LOCOH T. 1993. « Débuts de la transition de la fécondité et mutations familiales en milieu urbain africain : le cas de Lomé (Togo) ». Pp. 175-196 in *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale. Mélanges en l'honneur de Joel W. Gregory*, édité par D.D.d. CordellD.d. Gauvreau, et *al*. Montréal (CA) : Les Presses de l'Université de Montréal.

MUNDIGO A. I. 1999. « Research methodology : Lessons learnt ». Pp. 465-476 in *Abortion in the developing world.*, édité par A. I. Mundigo et C. Indriso. New Dehli : OMS 498 p.

—. 2006. « Determinants of unsafe induced abortion in developing countries ». Pp. 51-71 in *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences : Priorities for Research and Action*, édité par I. K. Warriner et I. H. Shah. New York : Guttmacher Institute 243p.

NATIONS UNIES. 1996. « Rapport de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995 ». Pp. 239 in *245* : Nations Unies.

OLUKOYA P. 2004. « Reducing Maternal Mortality from Unsafe Abortion among Adolescents in Africa ». *African Journal of Reproductive Health* 8 (1) : 57-62.

OUEDRAOGO C. et PICTET G. 2001. « La pilule est-elle une alternative à l'avortement en milieu rural africain ? » Pp. 55 in *Les Travaux de l'UERD*. Ouagadougou (BF) : Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) de l'université de Ouagadougou.

OYE-ADENIRAN B. A., ADEWOLE I. F., et *al*. 2004. « Characteristics of abortion care seekers in South-Western Nigeria ». *African Journal of Reproductive Health* 8 (3) : 81-91.

—. 2005. « Induced abortion in Nigeria : Findings from focus group discussion ». *African Journal of Reproductive Health* 9 (1) : 133-141.

PALLIKADAVATH S. et STONES R. W. 2006. « Maternal and Social Factors Associated with Abortion in India : A Population–Based Study ». *International Family Planning Perspectives* 32 (3) : 120-125.

ROSSIER C. 2004. « Quantifier les avortements clandestins : un état de la recherche ». Présenté à Santé de la reproduction au Nord et au Sud : De la connaissance à l'action, 17-20 novembre Chaire Quételet, Louvain La Neuve 23 p.

—. 2006. « L'avortement : un secret connu de tous ? Accès aux services d'avortement et implication du réseau social au Burkina Faso ». *Sociétés contemporaines* 61 (1) :41-64.

—. 2007. « Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso ». *Demographic Research* 17 (2) : 23-58.

ROSSIER C., GUIELLA G., et *al*. 2006. « Estimating clandestine abortion with the confidants method - results from Ouagadougou, Burkina Faso ». *Social Science & Medicine* 62 (1) : 254–266.

ROSSIER C., MICHELOT F., et *al*. 2007. « Modeling the process leading to abortion : An application to French Survey Data ». *Studies in Familiy Planning* 38 (3) : 163-172.

RYLKO-BAUER B. 1996. « Abortion from a crosscultural perspective : an introduction ». *Social Science & Medicine* 42 (4) : 479-482.

SCHUSTER S. 2005. « Abortion in the moral world of the Cameroon grassfields ». *Reproductive Health Matters* 13 (26) : 130-138.

SILBERSCHMIDT M. et RASCH V. 2001. « Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dares Salaam : vulnerable victims and active social agents ». *Social Science & Medicine* 52 (12) : 1815-1826.

SPEIZER I. S., KOUWONOU K., et *al*. 2004. « Evaluation of the ATBEF Youth Centre in Lome, Togo ». *African Journal of Reproductive Health* 8 (3) : 38-54.

STEVANS L. K., REGISTER C. A., et *al*. 1992. « The abortion decision : a qualitative choice approach ». *Social Indicators Research* 27 : 327-344.

STRICKLER J. et DANIGELIS N. L. 2002. « Changing frameworks in attitudes toward abortion ». *Sociological Forum* 17 (2) : 187-201.

SVANEMYR J. et SUNDBY J. 2007. « The social context of induced abortions among young couples in Côte d'Ivoire ». *African Journal of Reproductive Health* 11 (2) : 13-23.

THIRIAT M.-P. 1998. *Faire et défaire les liens du mariage. Évolution des pratiques matrimoniales au Togo*. Paris : Centre français sur la population et le développement, 295 p.

TURKI R., FERRAND M., et *al*. 2002. « Femme migrantes ou issues de l'immigration maghrébine : un rapport spécifique à la contraception ? » Pp. 303-336 in *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*, édité par N. Bajosm. Ferrand, et *al*. Paris : INSERM 348 p.

URD et DGSCN. 2001. « Avortement au Togo - Famille, migrations et urbanisation au Togo. Fascicule 2 : Résultats de l'enquête quantitative ». Pp. 13. Lomé, Togo : Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin ; Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. URD, DGSCN.

URD et OMS, 2002, « Enquête sur la Planification Familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP, 2002) », *Manuel d'instructions aux agents enquêteurs*. 31 p.

VIGNIKIN K. 2007. « Les facteurs de la contraception au Togo. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 ». Pp. 44 in *Les numériques du CEPED*, edited by W. Molmy et M. Macé. Paris : Centre Population et Développement.

VIGNIKIN K. et ADJIWANOU V. 2004. « Impact de l'avortement provoqué sur la descendance des femmes a Lomé ». Pp. 34 p. Togo : URD.

ANNEXE

TABLEAU 1 : RÉPARTITION (EN %) DES GROSSESSES SELON LES VARIABLES DE NOTRE ÉTUDE

Variables	Modalités de la variable	Obs (N)	Type de grossesse			Avortement		
			Valeur de p*	Non désirée	Désirée	Valeur de p*	Non avorté	Avorté
Facteurs socioculturels								
Ethnie	Adja-éwé	7 742		74,7	71,9		72,7	73,1
	Kabyè-tem	1 245	0,008	10,1	12,4	0,057	11,7	11,7
	Autres togolais	875		8,3	8,1		8,0	9,3
	Étrangers	784		6,9	7,6		7,6	5,9
Religion	Religion catholique	3 964		41,6	35,3		35,9	45,1
	Religion traditionnelle	1 127	0,000	7,1	12,1	0,000	11,8	3,7
	Religion protestante	1 342		13,5	12,2		11,9	16,6
	Religion islamique	954		4,4	10,9		9,9	3,7
	Autres religions	2 231		25,6	19,0		20,3	24,4
	Aucune religion	1 028		7,8	10,5		10,2	6,5
Cohorte de naissance	génération 1952-1959	2 212		13,2	24,0		22,6	10,0
	génération 1960-1969	4 399	0,000	33,1	44,7	0,000	42,7	33,3
	génération 1970-1979	3 538		43,4	29,0		31,1	45,9
	génération 1979-1987	497		10,3	2,3		3,6	10,8
Statut matrimonial	Non en union	2 143	0,000	49,6	7,7	0,000	13,1	60,7
	En union	8 503		50,4	92,3		86,9	39,3
Niveau d'instruction	aucun niveau	3 419		22,1	36,4		35,1	14,9
	niveau primaire	4 204	0,000	43,5	37,7	0,000	39,0	42,5
	niveau secondaire et supérieur	3 023		34,4	25,9		25,9	42,6
Age à la grossesse	11 à 24 ans	5 764	0,000	73,7	45,9	0,000	51,4	69,9
	25 à 49 ans	4 882		26,3	54,1		48,6	30,1
Rang de grossesse	1	3 227		50,9	21,7		28,1	43,4
	2 à 4	5 548	0,000	35,8	59,0	0,000	53,9	41,6
	5 et +	1 871		13,3	19,3		18,0	15,0
Nombre de naissances	0	4 639		63,4	35,3		40,8	59,7
en vie au moment	1-3 naissances	5 241	0,000	30,8	56,9	0,000	51,8	34,3
de la grossesse	plus de 3 naissances	766		5,8	7,8		7,4	6,0
Déterminants proches								
Pratique contraceptive	aucune méthode	10 065	0,000	81,7	100		97,3	78,3
	contraception moderne	81		2,5	0,0	0,000	0,4	3,0
	autres contraceptions	500		15,8	0,0		2,3	18,7
Type de grossesse	grossesse désirée	7 487					81,5	5,7
	grossesse non désirée	3 147				0,000	18,4	94,2
	ne sait pas	12					0,1	0,1
Variables de contrôle								
Nombre d'avortements	0	8 735	0,000	76,9	84,2		84,7	66,7
précédents	1	1 316		16,0	10,8	0,000	10,5	23,0
	2	444		4,8	3,9		3,8	6,5
	plus de 2 avortements	151		2,3	1,1		1,0	3,8
Observations (N)		10 646		3 147	7 487		9 077	1 569

Source : EPAP, Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé et Organisation Mondiale de la Santé, 2002

*Valeur de p obtenue par le test de Chi-deux